

fréquemment une disposition semi-circulaire. Quant aux lésions urémiques, leur siège de prédilection est plutôt la dernière portion du gros intestin.

Dans l'intoxication par le mercure, surtout par le sublimé, on rencontre dans les intestins, dans l'épaisseur des méésentères et des épiploons des ecchymoses et des suffusions sanguines.

Dans l'empoisonnement par l'arsenic ou l'émétique, on trouve aussi des lésions intestinales et, parmi elles, quelquefois des ulcérations. Ce que l'on observe le plus souvent, ce sont des arborisations ecchymotiques disséminées par places, et surtout une sorte d'éruption psorentérique formée par le développement des follicules isolés, semblable à celle que l'on observe dans le choléra (choléra sibié). On a réalisé expérimentalement des ulcérations avec divers toxiques, en particulier les alcaloïdes végétaux et les ptomaïnes (Pouchet).

**G. Ulcérations de cause obscure.** — Il est enfin des ulcérations qu'il est difficile de classer dans l'état actuel de nos connaissances. Ainsi MM. Legendre et Le Roy (*Soc. méd. hôp.* 1<sup>er</sup> juillet 1898) ont observé des ulcérations de l'estomac et de l'intestin grêle en nombre considérable et de cause très obscure. Il ne semblait pas s'agir de fièvre typhoïde; le séro-diagnostic avait été plusieurs fois négatif; et les lésions n'étaient pas celles de la fièvre typhoïde. Peut-être s'agissait-il d'une mycose encore inconnue.

Nous avons sommairement décrit les principales ulcérations de l'intestin, avec leurs principaux caractères anatomiques; il reste à en faire une sorte de synthèse en décrivant leur topographie et leur symptomatologie générale.

**Topographie des ulcérations. — Duodénum.** — A. Ulcère simple du duodénum.

B. Ulcérations par irritation directe de la muqueuse qui n'ont que des caractères anatomiques de second ordre; par exemple, ulcération par irritation directe de caustiques, irritation par l'enlèvement de calculs biliaires.

C. Ulcérations consécutives soit à des brûlures, soit à l'érysipèle.

*Curling et Erichsen* ont fait connaître les premiers l'existence fréquente d'ulcérations de l'intestin, et en particulier d'ulcérations *duodénales* dans le cas de brûlures étendues. Ces lésions se retrouvent aussi dans les érysipèles de la peau.

Dans les principales observations, il s'agit de pertes de substances situées sur le duodénum, non loin des conduits cholédoque et pancréatique. Les bords de ces ulcérations ne sont pas taillés à pic, ni renversés; autour d'elles, on rencontre communément quelques taches ecchymotiques ayant l'apparence d'un pointillé assez fin.

Comment interpréter ces ulcérations par lésions de la peau? On a émis, à titre d'hypothèse, que c'étaient là des phénomènes consécutifs aux congestions sanguines internes, résultant elles-mêmes du choc imprimé à l'économie entière par les lésions étendues des téguments (?). On s'appuie, pour penser ainsi, sur les vieilles hypothèses de Dupuytren, démontrant que les brûlures étendues de la surface cutanée, précisément lorsque la lésion est très superficielle et n'intéresse que l'expansion périphérique des nerfs sensitifs, déterminent des congestions intenses ou de véritables inflammations des organes splanchniques, même les plus éloignés du siège de la brûlure (1). Il semble plutôt s'agir de phénomènes toxémiques (Gondy)(2).

(1) *Nouveau dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIV, Article ÉRYSIPÈLE, p. 51.

(2) GONDY, Thèse Paris, 1899.

**Jéjunum.** — Quelques cas d'ulcérations dans la syphilis héréditaire.

**Iléon.** — La plupart des entérites infectieuses ont leurs ulcérations sur l'intestin grêle.

*Fièvre typhoïde.* — Partie inférieure de l'intestin grêle, plaques de Peyer.

*Tuberculose intestinale.* — Siège presque identique.

*Embolies infectieuses.* — Les ulcérations peuvent envahir l'iléon dans toute son étendue sans distinction de siège.

**Cæcum.** — *Cancer de l'intestin.* — *Lymphadénomes.* — Partie interne de l'intestin grêle près de la valvule. Les ulcérations alcooliques sont fréquentes en cet endroit.

Certains cancers y affectent une physionomie spéciale, de même que les typhlites secondaires (tuberculeuse, dysentérique, etc.) (1).

**Côlon.** — Urémie, dysenterie.

M. Letulle(2) a étudié récemment les colites ulcéreuses et à côté de la dysenterie il décrit plusieurs espèces de colites dysentériques aiguës. Ce sont : des ulcérations typhiques, la fièvre typhoïde limitant quelquefois ses lésions au côlon (colo-typhoïde), des ulcérations par endocardite ulcéreuse, ou pyohémie, des ulcérations par obstruction intestinale chronique. Les ulcérations chroniques tiennent à la tuberculose quand elles ne relèvent pas de la dysenterie.

**Rectum.** — *Dysenterie.* — (Les ulcérations dysentériques occupent le rectum et la partie inférieure de l'S iliaque.) *Syphilis ano-rectale.*

**Complications générales des ulcérations de l'intestin.** — Dans leur évolution, les ulcérations intestinales peuvent donner lieu à divers accidents.

Les premiers résultent de l'extension de l'ulcération en profondeur; les organes voisins sont particulièrement atteints, et les troubles morbides consécutifs arrivent généralement, au cours même du processus ulcérateur, en pleine période d'état.

Les seconds ne sont que le reliquat de l'ulcération elle-même, et dépendent presque toujours de la cicatrisation de la perte de substance.

Enfin, on peut citer toute une série de phénomènes à distance, généralement d'ordre infectieux, résultant de la pénétration dans l'économie de germes pathogènes, à la faveur de l'ulcération qui sert de porte d'entrée.

A. Si l'ulcération gagne en profondeur, elle peut atteindre les vaisseaux sous-jacents, et des *hémorragies* se produisent dont l'intensité varie avec le calibre de l'artère lésée.

Quelques-unes des ulcérations sont particulièrement suivies d'hémorragie, et, par ordre de fréquence, il faut citer celles de la fièvre typhoïde, les plus importantes à tous les points de vue, puis celles qui viennent au cours de la tuberculose intestinale, celles du cancer, etc.

On sait l'allure spéciale des entérorragies de la fièvre typhoïde. Quand elles résultent de l'extension de l'ulcération, elles se produisent, en général, vers la fin du deuxième septénaire, et sont souvent très graves.

L'entérorragie est beaucoup moins commune dans l'entérite tuberculeuse, surtout dans la forme chronique. Rilliet et Barthez, Hérard et Cornil, Girode, en ont observé des cas; Hanot en a cité deux observations prises dans le service

(1) Voir TYPHLITE. — Appendicite.

(2) *Presse méd.*, 29 mars 1899.

de Lasègue; Reimer a vu chez un enfant une hémorragie intestinale mortelle consécutive à un ulcère tuberculeux du rectum.

B. Si l'ulcération s'étend davantage, divers accidents peuvent se produire du côté des organes voisins.

1° Il se fait une *perforation intestinale*, et le péritoine est sain. Alors le contenu intestinal et les nombreux micro-organismes qu'il contient tombent dans la cavité séreuse, produisant une infection péritonéale massive, une péritonite suraiguë, de forme spéciale (1).

D'après de nombreux auteurs, lorsqu'une péritonite par perforation survient, c'est surtout le *bacterium coli* commune que l'on retrouve dans l'exsudat péritonéal; et sa présence doit toujours faire rechercher la cause et l'origine de la péritonite dans le tube digestif.

2° La perforation se fait dans des points où le péritoine n'est plus sain. A la faveur d'une péritonite lente, chronique, produite par l'inflammation intestinale sous-jacente, des adhérences sont nées, qui limitent les lésions lorsque la perforation survient.

Alors, le contenu de l'intestin tombe dans un pseudo-kyste péritonéal et donne lieu à une péritonite enkystée, ou à un abcès stercoral, dont l'évolution ultérieure est commandée par sa localisation même. Si la perforation se fait en un point voisin de la paroi abdominale antérieure, c'est en cet endroit que l'abcès viendra bomber, et qu'il sera accessible au chirurgien; d'autres fois c'est vers le pli de l'aîne, ou bien encore vers la région lombaire que l'abcès fusera de préférence.

3° A côté de ces cas où l'intestin se vide dans des loges limitées par des adhérences anciennes, il en est d'autres où, par le même mécanisme, l'intestin est uni à d'autres organes de la cavité abdominale: vessie, vagin, estomac, vésicule biliaire; ou à des vaisseaux volumineux comme l'aorte, la veine cave, la veine porte, qui peuvent s'ulcérer à leur tour.... Il peut être soudé à d'autres anses intestinales.

L'ulcération peut laisser à sa suite des anomalies du canal intestinal lui-même.

La plus fréquente est le *rétrécissement*, dû à la coarctation de l'intestin par les progrès de la cicatrisation. Ces rétrécissements cicatriciels, fréquents à la suite de certaines ulcérations spécifiques (f. typhoïde, tuberculose, dysenterie...) sont plus souvent la cause d'accidents graves lorsqu'ils siègent au rectum (rétrécissement syphilitique du rectum). Le rétrécissement est une cause d'occlusion intestinale dont les symptômes seront décrits en un autre chapitre.

Des agents infectieux vivent normalement dans l'intestin, mais au cours des entérites infectieuses, aux hôtes normaux s'ajoutent les parasites spécifiques. L'ulcération du canal intestinal permet aux agents pathogènes normalement ou qui le sont devenus de se transporter au loin. Des embolies infectieuses peuvent émigrer dans tous les organes. Dans la fièvre typhoïde, les lésions intestinales peuvent servir de porte d'entrée à différents microbes capables de produire des accidents infectieux et de donner naissance à l'endocardite par exemple. Cette détermination secondaire a été vue par Klebs, qui a constaté des

(1) Voir Étiologie et marche de la péritonite par perforation.

microcoques sur la valvule mitrale et la valvule aortique, par Senger qui y a décrit le streptocoque pyogène.

Toutes les ulcérations intestinales peuvent donner naissance à des embolies microbiennes, qui vont soit dans le poumon, soit dans le cœur, etc.; mais le véritable point d'arrivée des micro-organismes intestinaux, leur objectif pathologique, leur but, est certainement le foie (1).

En effet, par la veine porte arrivent au tissu hépatique les agents infectieux venus de l'intestin, lorsque des ulcérations ouvrent les voies aux micro-organismes pathogènes. « L'aboutissant de ces embolies septiques est le réseau veineux porte intra-hépatique. » (Dupré.) Ainsi naissent dans la profondeur du foie les collections purulentes consécutives aux lésions ulcéreuses de l'intestin. Ces abcès dysentériques du foie offrent le type le plus classique de ces migrations bactériennes. Dans la fièvre typhoïde, les lésions hépatiques veineuses sont subordonnées aussi aux lésions intestinales.

Dans la tuberculose, si elle marche chroniquement, si elle se complique d'ulcérations de l'intestin, les bacilles émigrent dans le foie et une hépatite interstitielle embryonnaire naît, subaiguë, péri-portale, suivie à la longue de lésions cirrhotiques secondaires et d'infiltration graisseuse péri-lobulaire.

Et de plus, ainsi que Dupré l'a montré dans sa thèse si brillante, si nouvelle, le polymicrobisme normal de l'intestin, foyer d'origine de l'infection biliaire, se reflète, une fois l'ascension parasitaire réalisée, dans les voies biliaires. L'infection, qui peut être coccique ou bacillaire, relève des micro-organismes contenus dans l'intestin, à l'état normal (staphylocoque, streptocoque, *bacterium coli*...) ou à l'état pathologique (bacille typhique).

« Les différentes bactéries provoquent, dans le milieu biliaire, des réactions pathologiques diverses qui sont, en une certaine mesure, caractéristiques de l'activité biologique du microbe mis en cause. Ainsi, les bacilles *intestinaux*, *saprogènes*, exercent sur les voies biliaires une action surtout toxique, une altération d'ordre nécrotique, un travail destructif, qui représente une sorte de putréfaction locale, *ante mortem*. Les microcoques pyogènes provoquent, au contraire, une altération chimique du milieu accessoire, comparativement à la réaction cellulaire irritative, phagocytaire intense, dont le terme est la suppuration. Entre ces deux classes de bactéries, se range une catégorie intermédiaire, celle du *bacterium coli* commune et du bacille typhique, dont l'action varie de la fermentation irritative simple à la suppuration franche. » (Dupré, *Gazette des hôpitaux*.)

On voit combien il était intéressant de connaître les différentes voies migratives prises par les microbes intestinaux, de leur point de départ qui est l'intestin, à leur voie d'arrivée qui est le foie. Et lorsque Dupré disait que les voies biliaires étaient assimilables aux voies urinaires, et que le bacillus coli communis « semblait jouer dans l'infection des voies biliaires un rôle analogue à celui que joue, dans l'infection des voies urinaires, la bactérie pyogène », il était bien près de la vérité car, maintenant qu'Achard et Renault ont démontré l'identité du coli-bacille et de la bactérie de la vessie, l'assimilation des voies urinaires aux voies biliaires, aussi bien au point de vue de l'anatomie que de la pathologie, ne peut plus être considérée comme une vue de l'esprit, mais comme un fait avéré et certain.

(1) DUPRÉ, Infections biliaires; *Thèse*, 1891.

**Symptômes.** — Les symptômes des ulcérations de l'intestin sont nombreux, infiniment variés, et difficiles à présenter en une description unique. Nous indiquerons très rapidement les phénomènes que l'on peut rencontrer, en disant quelques mots ensuite de leurs principaux caractères.

Les phénomènes suivants peuvent être trouvés :

1° Diarrhée; 2° hémorragies; 3° présence de pus dans les évacuations; 4° fragments des parois de l'intestin; 5° douleurs; 6° péritonites.

La diarrhée est de tous les phénomènes le plus important, sinon le premier en date, quoiqu'elle ne soit pas nécessaire; car nous avons vu plus haut quelle erreur on avait commise en faisant, dans tous les cas, du phénomène diarrhée le synonyme d'entérite. Inutile de revenir sur ce point.

La diarrhée varie dans sa quantité, dans son aspect extérieur; et ses formes sont si diverses que nous ne dirons que les principales.

S'agit-il de fièvre typhoïde? Il faut, en première ligne, faire remarquer que la diarrhée peut manquer, qu'il n'y a aucune relation d'ailleurs entre la diarrhée et le nombre, l'étendue des ulcérations; d'un autre côté, il ne faut pas attribuer exclusivement la diarrhée à un catarrhe du gros intestin, puisque l'on trouve dans les autopsies l'intestin grêle rempli de matières semblables à celles qui sont rendues pendant la vie. Quoi qu'il en soit, les selles diarrhéiques des typhiques affectent des caractères spéciaux qui peuvent même devenir un utile élément de diagnostic. Elles sont liquides, n'ont jamais le caractère visqueux ou glaireux; leur couleur est gris jaunâtre, ou plus souvent jaune d'ocre; elles forment une tache ocreuse sur le linge. Elles sont fétides.

Du dixième au vingtième jour, on y rencontre à peu près constamment le bacille typhique.

S'agit-il au contraire de la tuberculose de l'intestin? C'est une diarrhée intense le plus souvent qui augmente avec les progrès croissants des lésions ulcéreuses; vers la fin, la diarrhée est presque continue. Au début, elle est plus fréquente la nuit ou le matin; ce sont d'abord des selles mi-liquides, mi-solides; elles sont mélangées de grumeaux consistants grisâtres ou jaunâtres; d'abord blanchâtres ou grisâtres, elles sont bientôt noires, et ressemblent aux selles méléniques; elles sont souvent extrêmement fétides. On peut y déceler la présence du bacille de Koch.

Enfin, on sait les caractères des selles dysentériques (nous ne voulons pas y revenir, non plus que sur les autres variétés de diarrhée; il suffisait d'indiquer les principales).

Les hémorragies intestinales sont fréquentes au cours des processus ulcérateurs de l'intestin. Elles sont profuses souvent au cours de la fièvre typhoïde, mélangées aux selles dans la dysenterie. Ces hémorragies, au moins dans la fièvre typhoïde, sont souvent annoncées et comme préparées par une striation sanguine qui se retrouve dans les selles.

Les hémorragies sont plus rares dans les ulcérations catarrhales et dans les ulcérations tuberculeuses. Il est remarquable de constater même que les hémorragies de l'intestin sont plus fréquentes dans la phtisie aiguë que dans la phtisie chronique, manifestation ulcéreuse.

Dans les ulcérations toxiques, et en particulier dans l'alcoolisme, on rencontre fréquemment une diarrhée colliquative, mêlée d'évacuations hémorragiques, dysentériques, et même on peut observer du véritable melæna.

Le pus peut exister dans les selles, au cours de certaines ulcérations de l'in-

testin. On le retrouve d'ailleurs difficilement; cependant les petits amas de pus indiquent, à n'en pas douter, l'existence d'ulcérations.

Dans le même ordre de symptômes, il faut signaler les amas semblables à du *frai de grenouille*, aux *corpuscules de sagou*. Tandis que certains auteurs (*Heubner*) pensent qu'il s'agit là de mucus accumulé dans les ulcérations, *Virchow* et *Nothnagel* pensent qu'ils sont très fréquemment de nature végétale.

Dans la dysenterie surtout, on rencontre dans les selles des lambeaux de la muqueuse intestinale et des parois (voyez symptômes de la dysenterie).

Les douleurs ne sont pas un symptôme essentiel des ulcérations intestinales; beaucoup de ces pertes de substance sont absolument indolores. Il faut cependant attribuer une valeur séméiologique plus grande à certaines douleurs localisées dans l'abdomen, que la pression exercée au même endroit révèle toujours, et toujours à la même place.

La péritonite par perforation n'est qu'une complication des ulcérations intestinales, ainsi que les rétrécissements consécutifs, ainsi que les accidents infectieux auxquels les ulcérations servent de prétexte. Nous n'avons pas ici à les décrire.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des ulcérations intestinales non plus que sur leur pronostic. Ce sont là des termes qui varient avec chaque espèce, chaque variété et qui seront étudiés à leur place aux différents chapitres qui traitent des maladies de l'intestin séparément.

Il est évident en effet que, mis à part l'ulcère simple du duodénum, qui a une individualité clinique bien marquée, toutes les autres ulcérations appartiennent à un état morbide différent; il faut donc diagnostiquer et rechercher d'abord cet état premier, savoir par la suite et d'après les éléments précédents s'il y a ou non des ulcérations.

**PERFORATIONS INTESTINALES.** — Les perforations de l'intestin peuvent se faire de deux façons, soit de dehors en dedans : ce sont celles qui intéressent le plus le chirurgien, ce sont celles qui, au contraire, nous retiendront le moins; soit de dedans en dehors : ce sont les perforations consécutives aux diverses ulcérations de l'intestin que nous avons eu déjà l'occasion d'étudier.

**Perforations de dehors en dedans.** — Une grande cause de ces perforations est d'abord le traumatisme. C'est un accident fréquent et très grave des plaies pénétrantes de l'abdomen ou des contusions violentes abdominales. Nous n'insisterons pas sur cette variété dont l'étude est faite dans les traités de chirurgie, où l'on verra les difficultés du diagnostic dans les premières heures du traumatisme.

Mais la perforation de dehors en dedans peut survenir spontanément à la suite de causes qui intéressent davantage le médecin. C'est ainsi qu'un anévrisme de l'aorte abdominale ou de ses branches peut, par un processus habituel à ce genre de tumeur, user la paroi intestinale et s'ouvrir dans l'intestin, amenant une entérorragie le plus souvent rapidement mortelle. Des collections purulentes de voisinage, kystes hydatiques suppurés du foie ou des reins, des abcès péri-néphrétiques, des suppurations péri-utérines et annexielles peuvent s'ouvrir dans l'intestin et ce peut être là un processus de guérison pour ces tumeurs, mais souvent de guérison lente, le pus se vidant mal, et quelquefois ce peut être la source de complications, soit que l'évacuation du